Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/5182

02. 07. 96

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN — Drucksache 13/4824 —

Fehlbelegungen im Krankenhaus

In den letzten fünf Jahren lagen die Ausgaben für das Krankenhaus konstant zwischen 32 % bis 34 % an den Gesamtkosten der Kassen. Trotz beträchtlicher Arbeitsverdichtung durch z. B. verkürzte Liegezeiten und Zuwachs an multimorbiden Patientinnen und Patienten gelang es, beachtliche Rationalisierungspotentiale freizusetzen. Die Pflegeintensität und die ärztliche Arbeitsbelastung im Krankenhaus haben für die Beschäftigten ein Maximum an Leistung erreicht. Die hochqualifizierte Erbringung von Leistungen und die umfassende Betreuung im Krankenhaus rechtfertigt den Kostenanteil des Krankenhauses am Gesamtbudget der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. „Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung – Beitragsentlastungsgesetz – (BeitrEntlG)" sieht eine jeweilige 1%ige Absenkung des Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 vor. Als Begründung für die Budgetsenkung wird der Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus mit Hilfe der ab 1. Juli 1996 geltenden stationären Pflegeversicherung angegeben. Damit sollen jährlich 800 Mio. DM im Budget der gesetzlichen Krankenversicherung eingespart werden.

1. Wie definiert die Bundesregierung Fehlbelegungen?

   In welchen Bereichen der vollstationären Versorgung hat die Bundesregierung Fehlbelegungen festgestellt?

   In welchem Ausmaß sind diese vorhanden?

   Gibt es hierbei Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern sowie zwischen einzelnen Bundesländern?

   Wenn ja, welche?

Von „Fehlbelegung" von Krankenhausbetten wird gesprochen, wenn Patienten eigentlich nicht im Krankenhaus behandelt werden dürften, weil sie ambulant hätten behandelt werden müssen,

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

oder wenn die Patienten länger als medizinisch notwendig in den Krankenhäusern verbleiben. Unter den Begriff fallen auch Pflegepatienten, die eine Krankenhausbehandlung nicht oder nicht mehr benötigen. Diese Patienten dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen im Krankenhaus versorgt werden, sondern müßten in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden.

Nach einer Untersuchung, die das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Auftrag der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen durchführen ließ, waren im Jahr 1988 etwa 17 % der Krankenhausbetten (Tage) fehlbelegt. Zur Ermittlung der Budgetsenkung zugunsten der Pflegeversicherung wurde lediglich ein Anteil von Pflegefällen in Höhe von 5 % angenommen. Dies dürfte realistisch sein. Ein Schwerpunkt der Fehlbelegungen wurde festgestellt bei Abteilungen der „Inneren Medizin" in kleineren Krankenhäusern.

In der ehemaligen DDR wurden Pflegefälle grundsätzlich in Krankenhäusern versorgt. Die entsprechenden Betten sind in den letzten Jahren jedoch aus dem Krankenhausbereich ausgegliedert worden. Die Bundesregierung geht deshalb davon aus, daß die Fehlbelegungsrate in den neuen Bundesländern nicht mehr wesentlich höher ist als in den alten Bundesländern. Konkrete Zahlen zu Unterschieden zwischen einzelnen Bundesländern sind nicht bekannt.

2. Welche Gründe für die Fehlbelegungen sind der Bundesregierung bekannt?

   Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, die die Annahme bestätigen, daß eine Budgetkürzung von 1 % geeignet sei, die Fehlbelegungen abzubauen?

Ursächlich für die Fehlbelegung mit Pflegepatienten waren bisher unzureichende Versorgungsmöglichkeiten im Heimbereich oder unzureichende Hilfen zu Hause. Darüber hinaus sprachen auch finanzielle Gründe für ein möglichst langes Verbleiben im Krankenhaus. Den Krankenhausaufenthalt zahlte die Krankenkasse, für den Heimaufenthalt mußten in der Regel das Familieneinkommen oder die Ersparnisse herangezogen werden.

Sowohl die Versorgungsmöglichkeiten als auch die finanziellen Folgen von Pflegebedürftigkeit haben sich mit der Einführung der Pflegeversicherung grundlegend geändert. Entsprechend der auch bisher schon bestehenden leistungsrechtlichen Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung können und müssen die Patienten nun außerhalb der Krankenhausbehandlung versorgt werden. Es erscheint realistisch anzunehmen, daß die Krankenhäuser nach einer pauschalen Herausnahme von Pflegefällen aus den Klinikbudgets verstärkt Fehlbelegungen abbauen.

3. Wie haben sich in den letzten Jahren die Liegezeiten im vollstationären Bereich verändert?

   Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen einer Verkürzung der Liegezeit und dem neuen Entgeltsystem im Krankenhaus?

Inwieweit hat die Bundesregierung davon Kenntnis, daß durch Fallpauschalen Patientinnen und Patienten frühzeitig entlassen werden?

Wie sieht die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten aus?

In welchem Umfang findet eine poststationäre häusliche Pflege statt, wer leistet sie, und welche zeitliche Dauer nimmt sie in Anspruch?

Die durchschnittliche Verweildauer ist laut Statistischem Bundesamt von 13,4 Tagen im Jahr 1991 auf 11,9 Tage im Jahr 1994 zurückgegangen. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern nicht in Zusammenhang steht mit der für die Budgetkürzung ursächlichen Fehlbelegung mit Pflegepatienten.

Die Verweildauer-Verkürzung wurde durch die Vorgabe fester Budgets in den Jahren 1993 bis 1995 angeregt.

Kenntnisse über den Umfang der Verweildauer-Verkürzung bei Fallpauschalen-Patienten liegen aufgrund der erst vor einigen Monaten erfolgten Einführung noch nicht vor. Ebenso liegen noch keine Informationen über die Versorgung der Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vor.

Die ambulante medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, wird durch niedergelassene Vertragsärzte sichergestellt. Diese können auch häusliche Krankenpflege verordnen, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Durch geeignete Pflegekräfte wird die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung geleistet. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall, kann aber aufgrund der Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auch verlängert werden. Er besteht allerdings nur im Haushalt oder in der Familie des Versicherten und nur insoweit, als eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Für häusliche Krankenpflege haben die Krankenkassen 1995 insgesamt 3,2 Mrd. DM aufgewendet.

4. Auf welchen Datengrundlagen hat die Bundesregierung die mittelfristige finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die 2. Stufe der Pflegeversicherung in Höhe von 2,7 Mrd. DM errechnet?

   Von wem wurden diese Berechnungen vorgenommen?

   Gab es anderslautende Berechnungen, und zu welchen Ergebnissen kamen diese?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Schätzung aufgrund einer Untersuchung aus dem Jahr 1988 vorgenommen (vgl. Antwort zu Frage 1). Anderslautende Berechungen sind nicht bekannt.

5. Inwieweit hält es die Bundesregierung für möglich, daß eine Verschiebung vom vollstationären in den rehabilitativen Bereich erfolgt?

   Sind Kostenverlagerungseffekte zu erwarten, und wie will die Bundesregierung diese verhindern?

   Kann die Bundesregierung eine Unterversorgung von betroffenen Patientinnen und Patienten ausschließen?

Der Bundesregierung ist bekannt geworden, daß Patienten nach Einführung der Fallpauschalen insbesondere in den Bereichen Orthopädie und Herzchirurgie früher in die Rehabilitation entlassen werden. Sie sieht hierin eine positive Entwicklung. Bislang überhöhte Verweilzeiten in Krankenhäusern werden auf das medizinisch mögliche Maß zurückgeführt. Dies wird zu einer Entlastung des Krankenhausbereiches führen. Aus der Entwicklung kann sich ein Bedarf zur Anpassung der Höhe der Fallpauschalen ergeben. Dazu ist zunächst die Entwicklung des erst zum 1. Januar 1996 flächendeckend eingeführten Entgeltsystems zu beobachten. Inwieweit aufgrund dieser Entwicklung zusätzliche Kosten im Rehabilitationsbereich anfallen, ist ebenfalls aufgrund der erst vor einigen Monaten erfolgten Einführung der Fallpauschalen noch nicht bekannt. Unterversorgungsfälle sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Patienten, bei denen die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, erhalten auch künftig eine Krankenhausbehandlung. Soweit eine Krankenhausaufnahme nicht erforderlich ist, kann die Krankenkasse eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung stellen, wenn die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

6. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für notwendig, um eine bessere Vernetzung der vollstationären Versorgung mit der stationären Pflege zu erreichen?

Die Bundesregierung hält insbesondere den Auf- und Ausbau eines ausreichenden Kurzzeitpflegeangebotes für eine bessere Verzahnung der stationären Versorgung im Krankenhaus mit der pflegerischen Versorgung insgesamt für erforderlich. Die Regelung des § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI sieht als Leistung die Gewährung von Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung ausdrücklich auch für die Fälle vor, in denen für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Zum Auf- und Ausbau des Kurzzeitpflegeangebotes können nach Auffassung der Bundesregierung insbesondere auch Krankenhauskapazitäten nutzbar gemacht werden, die durch den Abbau von Fehlbelegungen frei werden. Bereits im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflege-Versicherungsgesetz (Drucksache 12/5262) heißt es hierzu:

„Krankenhausabteilungen, die in Pflegeeinrichtungen umgewidmet werden, eignen sich insbesondere für eine bürgernahe Kurzzeit- und Urlaubspflege, für die ein wachsender Bedarf besteht.

... Durch einen solchen Versorgungsverbund können nicht nur Regiekosten gespart, sondern die Erfahrungen aus der Krankenhausbehandlung für die ambulante und stationäre Pflege (und umgekehrt) nutzbar gemacht und damit beide Bereiche im Interesse einer leistungsfähigen medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung eng miteinander verzahnt werden."

Darüber hinaus ermuntert das Pflege-Versicherungsgesetz die Träger von Krankenhäusern zum Betrieb auch eigener stationärer Pflegeeinrichtungen. Hierdurch wird ebenfalls eine bessere Vernetzung beider Versorgungsformen gewährleistet.

Neben der Schaffung von vernetzten Versorgungsangeboten kommt auch der Beratung der Pflegebedürftigen und der Koordinierung zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen eine wichtige Funktion für den Übergang vom Krankenhaus in die pflegerische Versorgung zu. Dabei muß die Beratung und Hilfestellung innerhalb des Krankenhauses durch die sozialen Dienste der Krankenhäuser beginnen und außerhalb des Krankenhauses fortgeführt werden. Ein Schwerpunkt des von der Bundesregierung aufgelegten Modellprogramms zur Förderung von Pflegeeinrichtungen besteht daher in der Projektförderung von Beratungsstellen, die der besseren Koordinierung der Hilfsangebote für Pflegebedürftige „vor Ort" dienen und deren dauerhafte Finanzierung nach der Projektphase gesichert ist.

7. Welche Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung gemäß § 275a SGB V sind der Bundesregierung bekannt?

   Welche Krankenkassen haben in welchen Bundesländern durch den Medizinischen Dienst solche Modellvorhaben durchgeführt?

   Inwieweit sind bereits einzelne Modellvorhaben ausgewertet worden, und liegen Zwischenergebnisse vor?

   Welche wissenschaftlichen Qualifikationsprofile sind im Medizinischen Dienst vertreten?

   Inwieweit werden die Modellvorhaben wissenschaftlich evaluiert?

Inhalt der Modellvorhaben nach § 275 a SGB V ist die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme. Sie umfassen nicht die Prüfung der Verweildauer.

Das Gesetz schreibt vor, die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme in jeweils einem Krankenhaus jeder nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen. Dazu sind zwischenzeitlich entsprechende Verträge zwischen den Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften oder Vereinigungen der Krankenhausträger im Einvernehmen mit den betroffenen Krankenhäusern abgeschlossen worden.

In der Regel wird in jedem der ausgewählten Krankenhäuser die Krankenaufnahme in bis zu drei aufeinander folgenden Wochen eines Monats im Frühjahr (Februar, März, April) oder eines Monats im Herbst (September, Oktober, November) schwerpunktmäßig in den Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin geprüft. Weitere Fachrichtungen können einbezogen werden. Bei

der Beurteilung der Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme werden die Strukturen des Umfeldes des jeweiligen Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfaßt und mit in die Auswertung einbezogen. In der Regel werden folgende Faktoren mit berücksichtigt: Demographische Daten des festzulegenden Einzugsgebietes, Anzahl der niedergelassenen Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte, Anzahl der jeweils niedergelassenen Fachärzte und der dazugehörigen Teilgebiete, Struktur der Krankenhausversorgung im Einzugsgebiet, komplementäre Versorgungsstrukturen und ärztlicher Notdienst.

Zur Durchführung des Modellvorhabens sind in vierzehn Ländern Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zustande gekommen.

In Baden-Württemberg sind die Verhandlungen der Krankenkassen mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung des Modellvorhabens nach § 275 a SGB V ergebnislos geblieben, so daß in diesem Land keine Modellvorhaben durchgeführt worden sind. Der Vertragsabschluß ist gescheitert, weil die Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg darauf beharrt hat, daß in den Budgets der beteiligten Krankenhäuser Mehrkosten für dieses Modellvorhaben berücksichtigt werden.

In Mecklenburg-Vorpommern ist keine Vereinbarung zustande gekommen. Das Sozialministerium hat die seiner Aufsicht unterstehenden Landesverbände aufgefordert, das Modellvorhaben durchzuführen. In einer flächendeckenden Untersuchung werden jedoch mögliche Fehlbelegungen in den Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft. Diese Untersuchung umfaßt neben der Prüfung der Verweildauer, der vermeidbaren Leerlaufzeiten, der prä- und poststationären Behandlungsmöglichkeiten sowie des ambulanten Operierens auch die Prüfung der Notwendigkeit stationärer Aufnahmen.

Die Ergebnisse, Empfehlungen und Vorschläge der einzelnen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind in anonymisierter Form an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten und von diesem zusammenzufassen. Als Termin für die Abgabe dieser Zwischenergebnisse wurde von den Beteiligten der 30. Juni 1996 vereinbart. Das Modellvorhaben ist, laut Gesetz bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

Zur Durchführung des Modellvorhabens arbeiten im Medizinischen Dienst Ärzte mit den für die Prüfung erforderlichen Fachrichtungen, Pflegefachkräften, Epidemiologen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler und Statistiker zusammen.

Eine wissenschaftliche Begleitung ist vom Gesetz nicht vorgesehen.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333